

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ELAINE CRISTINA DE MEDEIROS MOURA

VIVÊNCIAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

**Maceió
2015**

ELAINE CRISTINA DE MEDEIROS MOURA

VIVÊNCIAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, submetido a Plataforma Brasil para fins de parecer o Comitê de Ética em Pesquisa.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

**Maceió
2015**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Valter dos Santos Andrade.

M929v Moura, Elaine Cristina de Medeiros.
Vivências de mulheres em situação de abortamento / Elaine Cristina de Medeiros de Moura. – 2015.

63 f.

Orientadora: Maria Cícera dos Santos de Albuquerque.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 49-54.

Apêndices: f. 55-61.

Anexos: f. 62-63.

1. Mulheres- Aborto. 2. Abortamento. 3. Saúde da mulher. 4. Enfermagem.
I. Título.

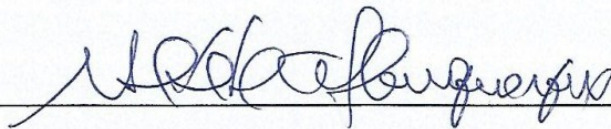
CDU: 616-083:618.39

Folha de Aprovação

AUTOR: Elaine Cristina de Medeiros Moura

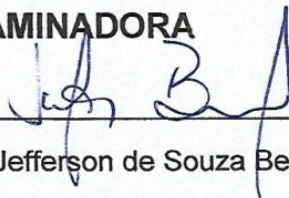
Vivências de mulheres em situação de abortamento.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida, linha de pesquisa: Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos, aprovada em 06 de Abril de 2015.

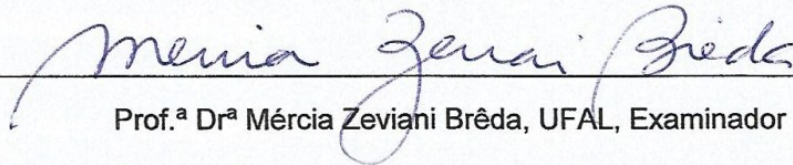


Prof.ª Drª Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes, UFAL , Examinador Externo



Prof.ª Drª Mércia Zeviani Brêda, UFAL, Examinador Interno

AGRADECIMENTOS

Deus, em sua infinita bondade, me agraciou com pessoas especiais em meu caminho. Agradeço a cada um pelo amor, carinho e compreensão.

À minha mãe, pela vida, pelo cuidado, pelo carinho, pelas lições, por estar ao meu lado em absolutamente TODOS os momentos.

À minha avozinha, por tanto amor que me dedica;

Ao meu esposo, pelo apoio incondicional, pelas noites de sono ao meu lado, pela presença constante, pela compreensão, enfim... pelo amor que temos um pelo outro. “Estranho seria se eu não me apaixonasse por você”.

Ao meu filho... pelo simples existir, motivo para que eu seja feliz, uma entusiasta da vida, alguém que tem motivos pra sonhar e lutar. Ele é minha força, minha razão.

Ao meu pai e à minha família por sempre acreditar em minha, me apoiar em minhas escolhas pelo incentivo e entusiasmo a cada passo dado.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, pelo apoio, por acreditar em mim, pelo carinho de sempre e pelas reflexões compartilhadas.

Aos Professores Mércia Zeviani Brêda e Jefferson de Souza Bernardes pelas preciosas contribuições na qualificação.

Às mulheres, participantes deste estudo, por confiarem em mim, e compartilharem comigo suas vivências naquele momento.

Aos meus amigos pelo carinho e apoio de sempre.

E, sobretudo, a DEUS, fonte de sabedoria, meu alicerce.

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Fazemos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”

Fernando Sabino

RESUMO

Esta pesquisa teve por objeto de estudo as vivências de mulheres em situação de abortamento espontâneo. Seu objetivo geral se constitui em compreender as vivências dessas mulheres, atendidas na maternidade de um hospital escola. O abortamento é evento de incidência relevante, acometendo 10 a 15% das gestações e apresentando-se como uma das principais causas de morte materna no mundo. Além disso, o abortamento envolve a mulher em situações que transcendem sintomas físicos, acometendo-a no campo das emoções, muitas vezes levando-a ao adoecimento mental, evidenciando estas feridas psicológicas. Foi realizado um estudo qualitativo exploratório. Foram entrevistadas 06 mulheres, maiores de 18 anos, que vivenciaram o abortamento e ainda se encontravam em situação de internamento na maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Foram respeitados os aspectos éticos, baseados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o nº 30947014.0.0000.5013, iniciou-se a coleta de dados. Esta se deu por triangulação, através de observação direta, diário de campo e entrevista semi-estruturada. Os dados obtidos foram analisados com base na Análise de Conteúdo de Bardin, a partir da qual surgiram as categorias: Os Primeiros Sinais de Abortamento; Sentimentos Frente à Perda; Necessidades negligenciadas. Os relatos das entrevistadas evidenciam seis casos de abortamento espontâneo. Embora cada um se apresente em sua singularidade, todas as mulheres, participantes do estudo, referiram sofrimento que transcendia a dor física. Algumas demonstraram buscar a superação do sofrimento. No que se refere às necessidades de mulheres em condição de abortamento e que foram negligenciadas, infere-se, a partir dos relatos, que estas apresentam necessidades em um contexto biopsicosocial. Desse modo, a enfermagem deve atuar, para além de procedimentos técnicos que visem aliviar sinais e sintomas físicos, mas cuidar destas mulheres na perspectiva da integralidade.

Descritores: Abortamento. Enfermagem. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This research studied the women experiences about having an spontaneous abortion. The study aims to understand the experiences of these women. It's overall objective is to understand the experiences of these women hospitalized in maternity of a school hospital. Abortion incidence is a relevant event affecting 10-15% of pregnancies and presenting itself one of the major causes of maternal mortality worldwide. In addition, abortion involves the woman in situations that transcend physical symptoms, affecting her emotions, sometimes leading to the mental illness, showing these psychological wounds. An exploratory qualitative study was performed. 06 women, aged over 18 years, were interviewed. They had experienced abortion and were still in hospital situation in Maternity ward of University Hospital Professor Alberto Antunes. The Ethical aspects, based on Resolution 466/2012, from The Nacional Health Council, were respected. After approval by the Ethics Committee of Federal University of Alagoas, under nº 30947014.0.0000.5013, data collection was initiated. This was done by triangulation, through direct observation, diary and semi-structured interview. The data were analysed based on Bardin content analysis, from which the following categories emerged: The first signs of abortion; Feelings about the loss; Neglected needs. The reports showed six cases of spontaneous abortion. Although each case be presented in their uniqueness, all women reported suffering. As regards some needs of women undergoing abortion condition, which had been neglected, the reports showed many different ones. Furthermore, it is possible to identify that women in abortion situation need much more than technical procedures, aimed in order to cure physical symptoms, but they need to be cared in the perspective of integrality.

Descriptors: Abortion. Nursing. Woman Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro I- Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil

Quadro II - Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas e obstétricas. Maceió-2014.

Quadro III - Codinome e Síntese da caracterização das entrevistadas, a situação do abortamento, o desejo do parceiro e o atendimento na maternidade.

LISTA DE ABREVISATURAS E SIGLAS

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
MS	Ministério da Saúde
NTAHA	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	18
2.1	O Abortamento	18
2.1.1	O abortamento espontâneo	20
2.1.2	A realidade do abortamento inseguro	21
2.2	Abortamento e Planejamento Familiar	23
2.3	Contexto Social da Pesquisa	24
3	TRILHANDO O CAMINHO DA PESQUISA	26
3.1	Tipologia do Estudo	26
3.2	Sujeitos da Pesquisa	26
3.2.1	Critérios de inclusão	26
3.2.2	Critérios de exclusão	26
3.3	Cenário	27
3.4	Produção de Informação	27
3.4.1	Aproximação do Sujeito	27
3.4.2	Coleta de dados	27
3.4.3	Análise dos dados	28
3.5	Aspectos Éticos	29
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	31
4.1	Caracterização das Participantes	31
4.2	Contextualização Situacional	32
4.3	Discussão dos Resultados	33
4.3.1	Primeiros sinais de abortamento	34
4.3.2	Sentimentos frente à perda	36

4.3.2.1	Fracasso dos sonhos.....	37
4.3.2.2	Resignação diante da perda.....	39
4.3.2.3	Culpa.....	39
4.3.2.4	A dor pela frustração do parceiro	40
4.3.3	Necessidades negligenciadas	42
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES.....	55
	ANEXOS	62

1 INTRODUÇÃO

A escolha pela temática do abortamento, bem como a delimitação do objeto deste estudo, foi resultado de intenso processo, fruto de conversas, vivências e reflexões.

Desde a graduação nesta Universidade Federal de Alagoas, temas referentes à obstetrícia já me inquietavam, sobretudo temáticas ainda passíveis de muitas discussões e reflexões e que suscitem avanços e amadurecimento.

Trabalhei na graduação o papel exercido pelo homem-pai no ciclo grávido puerperal, tema bastante relevante, e que considero de grande importância dentro do processo de relacionamento do trinômio. Foram trabalhados os sentimentos do homem, questões de gênero e o papel exercido por estes homens no pré-natal, parto e puerpério.

Assim, nesta mesma perspectiva de estudo dentro da área da obstetrícia e destas relações que requerem ainda amadurecimento e reflexão, e ainda, de experiências pessoais vivenciadas por amigos e familiares e acadêmicas, decidi em minha dissertação adentrar a temática do abortamento. Estudando mais especificamente as vivências de mulheres nesta situação, a fim de contribuir para a compreensão destas experiências e fornecer subsídios, a partir destas, uma assistência de enfermagem holística e humanizada às mulheres que pelas mais diversas razões vivenciam o abortamento.

O abortamento tem incidência relevante, ocorrendo em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve a mulher em situações que transcendem a dor física, traz sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo e requerer uma atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011,p.).

Nesse sentido, é válido mencionar estimativas trazidas por Domingos e Merighi (2010) que trazem dados da OMS, indicando que no Brasil, 31% dos casos de gravidez terminam em abortamento. Os autores trazem ainda estimativas indicando que, anualmente ocorrem 1,4 milhão de abortos para cada 100 mulheres em idades de 14 a 49 anos. E ainda que, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS) a incidência de óbitos por complicações do aborto oscila em torno de 12,5% ocupando o terceiro lugar entre as causas de mortalidade materna com variações entre os estados brasileiros.

Disto infere-se que a incidência de abortamento, bem como de mortalidade materna por complicações deste apresenta-se relevante, requerendo estudos e reflexões acerca da temática.

No entanto, Domingos, et al (2013), trazem a situação do abortamento como algo que precisa ser visto além de representações estatísticas, mas diante de um entendimento acerca

do contexto biopsicossocial das mulheres que o vivenciaram e das conseqüências emocionais desencadeadas.

Atender a uma mulher que vivencia a perda de um filho, seja qual for a causa do abortamento, requer do enfermeiro, bem como de toda a equipe de saúde sensibilidade e atenção especial, pois, é fato que este acontecimento contribui para sofrimentos nesta mulher.

Muitas mulheres não esperam este acontecimento, sentindo-se desanimadas, frustradas, tristes, fragilizadas, culpadas, podendo evoluir para depressão. A culpa, a depressão e a psicossomatização são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres, indicando quão profundamente o aborto as sensibiliza, fazendo-as sofrer física e emocionalmente (BAZOTTI et al, 2009).

Assim, Domingos e Merighi (2010) apontam para a necessidade, por parte do profissional de saúde, de um olhar à mulher que vivencia o abortamento numa perspectiva integral e desprovida de julgamentos, a fim de que a mesma seja cuidada no sentido de aliviar não apenas sinais clínicos, mas os sentimentos negativos que emergem com a perda.

Nesta perspectiva, os mesmos autores trazem a imprescindibilidade de refletir os significados da vivência do abortamento para cada mulher. O olhar sensível e uma escuta qualificada dedicada a estas mulheres que trazem, cada uma, diferentes peculiaridades na vivência da perda, possibilita um cuidado humanizado em detrimento de uma visão reducionista e biomédica, onde apenas sinais e sintomas clínicos seriam considerados, resgatando assim, a unidade humana que aproxima o saber da sensibilidade. (DOMINGOS; MERIGHI, 2010)

Em 2011 o Ministério da Saúde publicou a 2ª edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA). Esta foi elaborada com o objetivo de proporcionar às mulheres, um cuidado direcionado não apenas às suas necessidades imediatas, mas pautado na perspectiva do acolhimento e da integralidade, oferecendo-lhes uma assistência que vise garantir seus direitos humanos (nesses inseridos os direitos sexuais e reprodutivos) e trabalhando a necessidade de se oferecer um cuidado pautado na ética e desvinculado de preceitos morais e religiosos.

É necessário, pois, estar sensível ao processo de elaboração da perda vivenciado por estas mulheres, compreender seu contexto de vida e a situação em que se encontram. A partir desta compreensão, o profissional estará mais apto à percepção dos sentimentos destas mulheres e como poderão ajudá-las no luto que vivenciam.

No luto por óbito fetal, fatores relacionados ao diagnóstico e tratamento, motivações para a gestação e fatores relativos ao seu planejamento serão determinantes no processo de elaboração da perda. O significado da criança para a paciente, assim

como suas expectativas em relação ao futuro dela, sua rede de apoio social e possíveis perdas secundárias também serão fortes fatores de influência (OLIVEIRA e SILVA, 2009).

Desse modo, percebe-se que o processo de abortamento não se encerra com a curetagem, processo co-relato ou mesmo com o fim da internação. Os profissionais de saúde precisam estar sensíveis para isso e, através de um acolhimento adequado, garantir resolutividade para os problemas de ordem integral que possam ser trazidos pela mulher.

O aborto envolve a mulher nos âmbitos bio-psico-social. Sabe-se que, por diversos fatores: como serviços de saúde superlotados, profissionais despreparados ou mesmo dotados de valores e preconceitos, podem fazer com que a mulher seja tratada apenas com a realização de procedimentos técnicos. No entanto, Formozol, et al., (2011, p.121) menciona que “Cuidar inclui a realização de procedimentos técnicos aliados à expressão de atitudes condizentes com princípios humanísticos, entre os quais a manutenção do respeito, da dignidade e da responsabilidade entre as pessoas da relação.”

É fato que a execução de técnicas é essencial ao tratamento da mulher nesta condição. No entanto, é importante considerar a mulher enquanto ser multidimensional que possui outras necessidades fundamentais. Assim sendo, é papel do profissional transcender a técnica e estabelecer com essa mulher um relacionamento gerador de vínculo que propicie, de fato, o cuidado acolhedor de que ela necessita naquele momento de encontro.

Considerando que o processo de trabalho em saúde tem como um de seus elementos principais as ações de cuidado, tanto físicas quanto relacionais, este não deve limitar-se à realização de procedimentos técnicos, pois a técnica impessoal e mecanicista pode levar ao distanciamento da pessoa cuidada (FORMOZOL, A.G. et al., 2011, p.125).

Desse modo, fatores físicos, psicológicos, socioculturais e ambientais apresentam-se como componentes envolvidos no processo de relacionamento interpessoal entre o profissional de saúde e a mulher em situação de abortamento. Devendo esta última receber daquele um cuidado integral norteado para a humanização da assistência.

No hospital, a identificação das reais dificuldades das mulheres são atribuições de toda a equipe de saúde. No entanto, os profissionais de enfermagem, que estão presentes durante todo o período de internação, têm maior oportunidade de conversar, escutar e identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais de cada mulher, podendo modificar o modelo de atenção, oferecendo às mulheres e à sociedade um novo paradigma, que torne as ações preventivas seguras, sustentáveis e efetivas (STREFLING, et al, 2013).

Além disso, não se pode desconsiderar as nuances trazidas pela situação do abortamento. Segundo Formozol (2011) “o processo de cuidar é diretamente influenciado pela formação pessoal e pela personalidade do cuidador e do ser cuidado, adquiridas através de suas experiências, crenças e cultura”.

Assim, é preciso uma expressiva sutileza ao abordar o cuidado, dentro de um contexto em que os sujeitos envolvidos no processo podem apresentar valores, vivências e necessidades que, em algum momento, podem gerar situações conflituosas, constrangedoras ou mesmo traumáticas para qualquer das partes.

Ademais, há que se considerar os diversos fatores que influenciam os sentimentos da mulher em situação de abortamento. É preciso uma escuta sensível e olhar cuidadoso para perceber sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente (BRASIL, 2011).

Assim, o presente estudo pretende responder ao seguinte questionamento: Quais as vivências de mulheres em situação de abortamento espontâneo?

O interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu a partir de inquietações sentidas ao ouvir relatos de pessoas próximas sobre mulheres que estiveram em situação de abortamento e pela ausência (segundo estas) de um relacionamento interpessoal que as provessem integralmente de um cuidado integral, na perspectiva do acolhimento, acabaram por desenvolver problemas de ordem biopsicosocial devido ao que foi vivenciado no abortamento.

Este estudo torna-se relevante visto que a partir de uma aproximação com mulheres em situação de abortamento, bem como da compreensão de suas vivências, poderão advir ricas contribuições para o cuidado de enfermagem que, de fato, possam atender às necessidades destas mulheres.

É preciso atentar para as nuances que emergem destas relações no contexto do abortamento, e que devem ser estudadas e trabalhadas para a prestação de um cuidado integral e satisfatório para ambas as partes (cuidador/ser cuidado).

Além disso, foi realizada extensa busca nas bases de dados: *Bireme, Scielo, Lilacs, Pubmed e Bdenf*, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2015, onde foi verificada escassez de trabalhos que se referissem

especificamente a vivências de mulheres no contexto do abortamento. Tendo, portanto, clara necessidade de maior aprofundamento na temática para que se possa contribuir para um cuidado de enfermagem adequado às necessidades da mulher que aborta.

Assim, a vivência do abortamento e da finalização da possibilidade de ter aquele filho, deve ser vista como única e singular para cada mulher. Esta, inserida em um contexto biopsicossocial, experiencia esta perda carregando seus sonhos, culpas, medos e frustrações, frutos de experiências e relações. Assim, acreditamos que a aproximação com estas vivências poderá trazer para a enfermagem subsídios para a oferta de cuidados integrais a mulheres que vivenciam a perda fetal.

Esta pesquisa tem por objetivo geral: compreender as vivências de mulheres em situação de abortamento. E, por objetivos específicos: Compreender as vivências destas mulheres frente à gestação; Compreender as vivências destas mulheres frente ao abortamento; Compreender as vivências destas mulheres quando buscaram atendimento em um serviço de saúde; Compreender as necessidades apresentadas pelas mulheres que vivenciam o abortamento.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 O Abortamento

Tendo em vista a temática aqui estudada, é importante discorrer acerca dos termos aborto e abortamento, já que são expressões utilizadas na literatura de forma ainda não consensual. Segundo Canário, 2009: A terminologia anglo-saxónica utiliza a expressão *abortion* para definir quer o procedimento quer o resultado, subjacentes à interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal. Para Nunes (2000), dever-se-ão distinguir os conceitos, nomeadamente abortamento, que constitui o procedimento ou evento que leva ao aborto, que consiste no resultado.

Neste estudo serão adotados os termos aborto e abortamento como termos distintos tratando o primeiro como resultado do segundo, logo, o aborto como o produto do abortamento que é o processo em si.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) “o abortamento é descrito como a expulsão ou extração do concepto pesando menos de 500g, o que corresponde a aproximadamente 20 semanas de gestação.”

O abortamento configura-se como grave problema de saúde pública, apresentando sua maior incidência em países em desenvolvimento, sendo um dos principais responsáveis por relevantes taxas de uma das principais causas de mortalidade maternidade no mundo, inclusive no Brasil. (NTAHA, 2011)

Podem ser classificados como induzidos, quando realizados com ou sem indicação médica, e acontecem quando há interferência de agentes mecânicos (curetagem, aspiração ou outros) ou químicos (medicamentos abortivos), ou espontâneos, tratando-se de desarranjo orgânico que ocorre mais no segundo ou terceiro mês de gravidez (REZENDE, 2010) .

Rezende (2010, p.354) traz sistematicamente, as seguintes formas clínicas de abortamento:

- Abortamento completo: todo o produto da concepção foi eliminado sem a necessidade de intervenção médica ou cirúrgica;
- Abortamento incompleto: alguma parte do produto da concepção foi eliminada, mas não a sua totalidade; podem estar retidos feto, placenta ou membranas;

- Abortamento inevitável: o colo está dilatado, mas o produto da concepção não foi eliminado;
- Abortamento retido: gravidez na qual já há morte fetal sem a sua expulsão;
- Abortamento infectado: abortamento (geralmente incompleto) complicado por infecção intra-uterina.
- Abortamento habitual: dois ou três ou mais abortamentos consecutivos.

Em relação à etiologia do abortamento espontâneo, Nery et al, (2006, p.68) citado por Aquino (2012, p.13) relatam que grande parte dos abortos espontâneos são consequência de um feto com poucas chances de sobrevivência ou que não se desenvolveria de modo saudável. Rezende (2011, p. 354-55) traz como principal causa do abortamento espontâneo as anormalidades cromossômicas fetais, responsáveis por 50% dos abortamentos no primeiro trimestre. Além disso, Nery et al, (2006, p.68) citado por Aquino (2012, p.13) assinalam ainda como causas: baixos níveis de progesterona, infecções e doenças bacterianas e virais. E ainda, relação com a idade da mãe, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarro e outras drogas.

O abortamento espontâneo é a complicação mais frequente da gravidez, e a grande maioria ocorre no 1º trimestre, antes de 12 semanas. Assim, de cada 10 gestações, uma é interrompida inesperadamente por complicações na saúde da mulher ou do feto (REZENDE, 2011, p.354; AQUINO, 2012, p. 13).

No que se refere ao abortamento provocado, sabe-se que o Código Penal Brasileiro classifica tal procedimento entre os crimes contra a vida. (REZENDE, 2011, p. 1122). Segundo a referida legislação, em caso de aborto provocado tanto aqueles que o provocam quanto os que ajudam são passíveis de prisão, com pena de detenção que varia entre 01 e 04 anos (Código Penal Brasileiro, 1940). Desse modo, o abortamento só é considerado procedimento legal quando decorrente de estupro, quando há risco de vida para a mãe e em caso de gravidez de feto anencéfalo, este último autorizado pelo Superior Tribunal Federal (STF), em 2012 (REZENDE, 2011, p.1122; Código Penal Brasileiro, 1940).

No entanto, as evidências têm mostrado que a proibição legal do aborto não impede que as mulheres que não desejam levar suas gravidezes adiante, o realizem. Em verdade,

estudos têm revelado que tal proibição apenas aumenta as taxas de abortamento inseguro, com conseqüentes aumentos nas taxas de morbidade e mortalidade materna.

Segundo a OMS, um abortamento inseguro é um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades profissionais e/ou em ambientes abaixo dos padrões médicos exigidos e se configura entre as 04 causas principais de mortalidade e morbidade materna (OMS, 2013).

Diniz e Medeiros (2010) mencionam que pesquisas indicam ser o aborto, procedimento tão comum no Brasil que, ao completar 40 anos, mais de uma em cada 5 mulheres já terá feito um aborto. Dados da OMS (2013) ratificam tal informação quando quantificam o número de abortos inseguros, realizados no mundo, anualmente, em 22 milhões.

Ao buscar compreender o porquê de um número tão elevado de gravidezes indesejadas, evidências científicas referidas por Streffling, et al (2010), apontam deficiência no planejamento reprodutivo, das mais diversas ordens, quer seja por falta de informação quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, bem como seu uso correto, quer seja pela impossibilidade de acesso aos serviços de saúde para fazer o tal planejamento.

Ademais, cabe ressaltar que em qualquer das situações de abortamento, estudos tem demonstrado significativo sofrimento das mulheres, com conseqüências psicossociais negativas que podem ser desencadeadas após a vivência da perda fetal. Assim, Zeferino e Furegato (2013), referem o sofrimento existencial, além da dor física e repercussões emocionais, como a depressão, influenciadas por fatores sócio-econômicos e relacionais.

2.1.1 O abortamento espontâneo

Ao contrário do abortamento provocado, que suscita polêmicas e debates, dados as questões éticas, legais, morais e religiosas, a literatura acerca do abortamento espontâneo ainda é bem escassa, figurando em grande parte da literatura apenas com por definições médicas muito sucintas.

As vivências emocionais, físicas e sociais relacionadas à incapacidade de tornar-se efetivamente mãe/pai, quando esta não é uma questão de escolha consciente do casal, mas lhe é imposta por um evento espontâneo, tem tido muito pouco espaço na sociedade atual (NONNEMACHER, 2013).

Além do mais, ao buscar nos sistemas de informação em saúde, registros estatísticos acerca do abortamento, não há como estratificá-lo em espontâneo ou provocado. E ainda, os dados revelam o número de curetagens realizadas, no entanto, sabe-se que nem toda situação de abortamento requer curetagem e que nem toda mulher nesta condição buscará o serviço regular de saúde.

Em sentido lato, o abortamento espontâneo é a morte do produto da concepção e sua expulsão do organismo da mulher, em qualquer etapa do desenvolvimento da fase embrionária ou fetal que ocorrem de forma natural e involuntária. É inerente à questão reprodutiva, estar grávido é estar suscetível a este acontecimento (CUSI, 2012; NONNEMACHER, 2013).

Assim, o abortamento é uma das complicações mais comuns da gravidez, segundo algumas pesquisas médicas. Sua incidência varia entre 6,51% a 21% das gestações clinicamente reconhecidas (CUSI, 2012).

Cusi (2012) nos traz que, segundo demonstram os dados estatísticos, há grande dificuldade em determinar as causas dos abortamentos espontâneos, revelando não poderem ser determinados em mais do que 60% destes. Assim, sabe-se que

Parte dos abortos espontâneos constitui-se como resultado de um feto com poucas chances de sobrevivência até o final da gravidez ou que não se encontra em um desenvolvimento saudável. Algumas causas já são conhecidas como anomalias cromossômicas, baixos níveis de progesteronas, infecções e doenças bacterianas e virais. Outras causas podem estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com mais de 40 anos, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarro e outras drogas (AQUINO, 2012).

Para além de dados estatísticos e buscas de explicações científicas que justifiquem o acontecimento, tem-se que o abortamento espontâneo é compreendido como uma perda, uma perda de algo idealizado e construído pelo mulher. A desconstrução dessa idealização de um filho, trazido pela perda fetal involuntária irá demandar um trabalho psíquico, uma vez que, na ausência de condições adequadas de tratamento, podem acarretar manifestações psicopatológicas. (CUSI, 2012)

Tem, portanto, na experiência do abortamento espontâneo, a interrupção de um percurso biológico, psicológico e social, naturalmente esperado. (NONNEMACHER, 2013).

2.1.2 A realidade do abortamento inseguro

Embora o objeto desta pesquisa refira-se às vivências de mulher em situação de abortamento espontâneo, acredita-se ser importante, diante da complexidade da temática do abortamento, e por tantos abortamentos inseguros e que são declarados pela mulher como espontâneos, discorrer também sobre este outro tipo de abortamento.

Ao optar e proceder ao abortamento, a mulher vivencia, além do medo de morrer, uma variedade de outros sentimentos como o arrependimento. O medo de morrer existe pelo fato de a mulher conhecer os riscos do aborto inseguro e, no entanto, a crença no castigo divino intensifica o medo da morte (BENUTE et al, 2009).

Apesar da escassez de trabalhos que tratem especificamente das vivências de mulheres em situação de abortamento, a temática do abortamento inseguro é, inegavelmente, a que se apresenta mais presente em pesquisas nesta área. Tema controverso, o abortamento provocado de modo clandestino, envolve questões sociais, economias e culturais, valores éticos, morais e religiosos, além de repercussões físicas e emocionais demandadas por sua prática (SANTOS, et al 2013).

Estatisticamente é verificada dificuldade em quantificar o número de abortamentos provocados no país, visto que as mulheres que o realizam só procurarão o serviço de saúde em caso de complicações como infecções e hemorragias, dadas as implicações legais resultantes de sua prática.

Cecatti et al (2009) revela prevalência do aborto inseguro no mundo, estimada entre 19 e 20 milhões, dos quais 97% pertence a países em desenvolvimento, tendo sua maior prevalência na América Latina. Vale ressaltar que as complicações advindas desta prática são responsáveis por 10 a 15% das taxas de mortalidade materna no Brasil (CECATTI et al, 2009. CHAVES et al, 2011).

Segundo dados da OMS (2013), uma em cada quatro mulheres submetidas a abortamento inseguro provavelmente irá desenvolver seqüelas temporais ou permanentes que requerem atenção médica oportuna.

O abortamento inseguro pode ser realizado por meio da inserção de uma substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero, dilatação e curetagem feitos de forma incorreta por um profissional não capacitado, ingestão de chás, bem como aplicação da força externa sobre o abdome da mulher. Estes procedimentos podem trazer várias complicações à saúde da mulher como hemorragia, septicemia, peritonite e traumatismo do colo do útero e órgãos abdominais (OMS, 2013).

A Organização Mundial de Saúde traz ainda que cerca de 20 a 30% das mulheres que se submetem ao abortamento inseguro podem ter lesões do trato reprodutivo. Sendo 20 a 40% no trato reprodutivo superior. Desta forma 2% das mulheres em idade reprodutiva apresentam infertilidade causada por um abortamento prévio e há um aumento do risco, a longo prazo, de gravidez ectópica (MAIA, 2008).

No entanto, estudos têm apontado decréscimo no número de casos de abortamento provocado com seqüelas graves e nas taxas de mortalidade materna dele decorrentes, visto que as mulheres têm recorrido ao uso do misoprostol em detrimento do uso dos outros métodos, já mencionados (CHAVES et al, 2011; CHAVES et al, 2012).

O misoprostol tem como primeira indicação, o tratamento de doenças pépticas, no entanto, foi verificado ter ação eficiente na indução de abortamentos. O medicamento pode ser utilizado por via oral, sublingual e vaginal (Chaves et al, 2012; OMS, 2011).

2.2 Abortamento e Planejamento Familiar

Ao relacionar a questão do abortamento inseguro às suas possíveis causas e estratégias para redução deste procedimento, tem-se que abortos inseguros em muitas situações são preveníveis e estratégias, como a informação e o aconselhamento podem e devem ser utilizadas (MACHADO et al, 2013) .

No entanto, é importante, é válido mencionar que, muitas vezes, a falha no uso dos métodos anticoncepcionais se constituem em motivação para o aborto. Todos estes métodos são, sem exceção, falíveis, e podem levar a uma gravidez indesejada (MAIA, 2008).

Entende-se que para reduzir o número de abortamentos inseguros com o conseqüente risco de morte para as mulheres, faz-se necessário “criar e implantar políticas amplas de planejamento familiar, com facilidade de acesso, orientações para o bom uso de métodos.” Fala-se também sobre a importância de ambos, homem e mulher se sentirem responsáveis pelo planejamento reprodutivo, que esta não seja responsabilidade de um ou de outro, mas que haja consenso do casal quanto ao método escolhido, inclusive (MAIA, 2008).

Diante do tumulto de acontecimentos, da demanda de procedimentos e sentimentos, preocupar-se com uma nova gravidez ou com a adoção de métodos contraceptivos, imediatamente após o abortamento, na maioria das vezes não é prioridade para a mulher. Desse modo, esta deve ser alertada sobre o risco de uma nova gravidez e orientada, pelos

profissionais do serviço de saúde, acerca da necessidade e importância do planejamento familiar. A estas deverão ser oferecidos métodos contraceptivos eficazes, com opção de escolha da mulher e do parceiro com o que se sintam mais confortáveis, diminuído assim o risco de falha e garantido a estas mulheres um atendimento integral (NTAHA, 2011).

2.3 Contexto Social da pesquisa: O abortamento no Brasil

No que se refere à classificação do abortamento em espontâneo ou provocado, estratificação adotada para realização deste estudo, as bases de dados do DATASUS não permitem resultados de busca destes separadamente. Além disso, sabe-se da dificuldade em afirmar que um abortamento foi provocado, necessitando para isso de confirmação de sua prática pela própria mulher, da família e/ou de quem a realizou, ou ainda quando são encontrados sinais clínicos de sua intervenção, como laceração cervical ou corpo estranho na vagina ou no útero.

Acerca da magnitude dos abortamentos no Brasil, os dados apresentados, a seguir, foram tabulados no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares – SIH SUS, onde foram selecionadas as variáveis: ano (2008-2014); Região de Saúde/Unidade da Federação e o número de internações para curetagem pós-abortamento, obtendo as informações mostradas no quadro, a seguir:

QUADRO I - Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil		
Internações por Região/Unidade da Federação e Grupo procedimento		
Procedimento: 0411020013 CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL		
Período:2008-2014		
Região/Unidade da Federação	04 Procedimentos cirúrgicos	Total
Região Norte	153528	153528
.. Rondônia	10645	10645
.. Acre	9428	9428
.. Amazonas	39199	39199
.. Roraima	8180	8180
.. Pará	59974	59974
.. Amapá	12138	12138
.. Tocantins	13964	13964
Região Nordeste	470437	470437
.. Maranhão	49612	49612
.. Piauí	28126	28126

.. Ceará	71193	71193
.. Rio Grande do Norte	21355	21355
.. Paraíba	29804	29804
.. Pernambuco	74551	74551
.. Alagoas	26349	26349
.. Sergipe	24903	24903
.. Bahia	144544	144544
Região Sudeste	501604	501604
.. Minas Gerais	128107	128107
.. Espírito Santo	21780	21780
.. Rio de Janeiro	103996	103996
.. São Paulo	247721	247721
Região Sul	152266	152266
.. Paraná	58741	58741
.. Santa Catarina	40857	40857
.. Rio Grande do Sul	52668	52668
Região Centro-Oeste	84142	84142
.. Mato Grosso do Sul	16343	16343
.. Mato Grosso	17890	17890
.. Goiás	28648	28648
.. Distrito Federal	21261	21261
Ignorado/Exterior	-	-
Total	1361977	1361977

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Data de acesso: 19/02/20015.

Os dados ora apresentados revelam um total de 1.361.977 abortamentos realizados no país desde 2008 até o ano de 2014. Sabe-se que esses números não representam a realidade, visto que os abortamentos inseguros não chegam aos sistemas de informação em saúde. Realizados clandestinamente, as mulheres apenas buscam os serviços quando apresentam alguma complicação decorrente de sua prática

Diante da análise dos dados, tem-se que as regiões nordeste e sudeste apresentam as maiores taxas de abortamento do país. A literatura justifica tais achados diante dos contextos sócio-econômicos e culturais dessas regiões.

3 TRILHANDO O CAMINHO DA PESQUISA

3.1 Tipologia do Estudo

Para galgar o objetivo deste estudo, opta-se por realizar um estudo qualitativo exploratório, sobre as vivências de mulheres em situação de abortamento, apreendendo, a partir destas, as contribuições para as relações interpessoais em enfermagem.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

3.2 Sujeitos da pesquisa:

Foram selecionadas, por meio de amostra intencional e convidadas pessoalmente a participar da pesquisa, 07 (sete) mulheres que vivenciaram abortamento e ainda estavam internadas na maternidade; A escolha por entrevistar essas mulheres ainda em situação de internamento justifica-se pelo fato de a memória recente trazer conteúdos mais próximos da realidade vivenciada;

Uma das mulheres convidadas se dispôs a responder as perguntas, no entanto, recusou-se a assinar o TCLE, ressalta-se que o mesmo foi lido e esclarecido para a mesma em sua completude. Diante da recusa em assinar o termo foi impossibilitado o prosseguimento da entrevista;

Todas as mulheres estavam acima de 18 anos e concordaram em participar da pesquisa.

3.2.1 Critérios de inclusão:

Foram incluídas mulheres em situação de abortamento, internadas na maternidade do HUPAA, maiores de 18 anos, com capacidade de se comunicar e que aceitaram participar do estudo.

3.2.2 Critérios de exclusão:

Foram excluídas adolescentes e mulheres que se recusaram a participar da pesquisa e menores de 18 anos.

3.3 Cenário:

A coleta de dados foi realizada no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). Esta instituição configura-se como um hospital-escola e, como tal, está sempre de portas abertas a pesquisas que possam trazer benefícios às atividades nele desenvolvidas. Outra importante característica considerada para a escolha deste cenário refere-se ao fato de setor da Maternidade receber grande demanda de mulheres em situação de abortamento, sujeitos escolhidos para esta pesquisa;

3.4 Produção de informação:

3.4.1 Aproximação do sujeito:

A aproximação do sujeito ocorreu por meio de uma abordagem individual à mulher em situação de abortamento e internada na maternidade, onde a pesquisadora se apresentou, justificou sua aproximação e prestou informações sobre a pesquisa.

3.4.2 Coleta de dados:

Para coleta de dados ocorreu por meio de triangulação. As informações foram, portanto, produzidas através de entrevista semi-estruturada, observação direta e registros em diário de campo.

Para entrevista foi utilizado roteiro semi-estruturado com questões norteadoras abertas. As respostas e comentários foram gravadas em um aparelho de áudio do tipo MP4. A necessidade de gravação da entrevista se deu por ser imprescindível captar e registrar os sentimentos e emoções expressos nestas. Muitas vezes estes aparecem, por exemplo, em períodos de paralinguagem, como um silêncio ou uma entonação vocal, que também foram registrados. Estes tiveram importância decisiva na análise do discurso.

As entrevistas tiveram duração média de 20 a 30 minutos e aconteceram dentro da capacidade de tolerância das entrevistadas. Foi feita uma entrevista com cada mulher, conduzidas na própria enfermaria, visto que a situação de abortamento requeria, naquele momento, o repouso no leito. Em todas as entrevistas, as mulheres entrevistadas encontravam-se em enfermarias com outras mulheres internadas, no entanto, todas as outras eram puérperas, acompanhadas de seus bebês. Todas as entrevistas foram conduzidas por uma mesma pesquisadora, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e autora deste estudo.

Vale ressaltar que os registros de áudio serão apagados após a defesa deste estudo e as transcrições serão mantidas por um período de cinco anos com a pesquisadora, arquivados nas dependências da ESENFAR.

No que concerne ao roteiro de entrevista semi-estruturada, Minayo, 2010 traz que para essa modalidade de abordagem, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas.

Foi ainda utilizado um diário de campo, previamente organizado, onde foi possível registrar as impressões e sensações obtidas a partir das vivências de entrevista e observação direta.

O diário de campo nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade da entrevista. Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (MINAYO, 2010, p. 295).

3.4.3 Análise dos Dados:

Segundo Moraes (1999) a Análise de Conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos.

A análise de conteúdo, com sua vertente qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único. Poderá ser enfocado em função de diferentes perspectivas. (MORAES, 1999) Assim, tem-se a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011, p.303).

Segundo Badin, (2009) a análise de conteúdo é composta de 03 grandes etapas:

- 1) Pré-análise: Fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação;

- 2) A exploração do material: nesta fase os dados são codificados a partir das unidades de registro;
- 3) O tratamento dos resultados e interpretação: onde ocorre a categorização, que consiste na classificação dos elementos com posterior reagrupamento, em função de características comuns.

3.5 Aspectos Éticos:

Todo estudo que envolve a vida deve assegurar que se cumpram os princípios éticos. Assim, não é discricionário ao pesquisador observar ou não a ética em pesquisa, mas seu dever.

A ética encontra na mais robusta fonte de inquietações humanas o alento para sua existência. É na balança ética que se devem pesar as diferenças de comportamentos para medir a utilidade, a finalidade, o direcionamento e consequências das ações humanas. (BITTAR, citado por MEDEIROS et al, 2011, p.254).

A observância dos aspectos éticos tem por objetivo: proteger os sujeitos, o objeto de estudo e, em consequência, o pesquisador.

O presente trabalho buscou atender aos dispositivos ora mencionados. O mesmo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e dispõe sobre princípios como: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. E foi aprovado sob o Parecer nº30947014.0.0000.5013.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi um instrumento utilizado nesta pesquisa, a fim de garantir a autonomia dos sujeitos nela envolvidos. O mesmo foi escrito de forma clara e acessível, apresentado ao sujeito e lido junto com este, a fim de dirimir quaisquer dúvidas que ainda restem após a leitura dos esclarecimentos nele contidos.

Segundo a Resolução 466 de 12/12/12, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é:

Documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe a participar.

Assim, o mesmo garante que o sujeito se disponha a participar da pesquisa de livre e espontânea vontade, tendo entendido de forma clara todos os riscos e benefícios a que se sujeitará ao participar do estudo. Desse modo, assegurou-se o cumprimento aos princípios da beneficência e não-maleficência uma vez que será explicitada a intenção do pesquisador ao realizar o estudo, na busca por fazer o bem e não causar-lhes intencionalmente nenhum dano.

Além do cumprimento ao princípio da justiça, uma vez que será assegurado que todos os sujeitos da pesquisa serão tratados respeitando-se o princípio da equidade, que busca tratar desigualmente os desiguais na medida de suas desigualdades.

Deste modo, vale ressaltar que, além da garantia do cumprimento ao princípio da autonomia, na medida em que se apresenta um termo de consentimento livre e esclarecido, explica-se de forma clara do que se trata o documento para que se garanta que o indivíduo, de fato, entendeu o que o mesmo traz e, principalmente, do que trata a pesquisa.

As explicações acerca do estudo clarificam o indivíduo, também, acerca da busca pela garantia dos outros princípios éticos pertinentes: não-maleficência, beneficência e justiça, que devem ser ressaltados nos esclarecimentos ao sujeito de modo que este perceba seu atendimento na pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização das Participantes

Quadro II: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas e obstétricas. Maceió-2014.

ENTRE - VISTA DA	IDADE	ESCOLARIDADE	TIPO DE ABORTO	PARIDADE	PLANEJAMENTO FAMILIAR/CONTRACEPTIVO	RELAÇÃO CONJUGAL	OCUPAÇÃO	PLANO DE GRAVIDEZ/DESEJO DE GRAVIDEZ
E1	26	Ensino Médio completo	Espontâneo	Gesta:03 Aborto:03	Não/Preservativo e pílula do dia seguinte	União estável	Do lar	Não planejada/ Desejada
E2	19	Ensino Médio Incompleto	Espontâneo	Gesta:02 Para:01 Aborto:01	Sim/Preservativo	União estável	Do lar	Não planejada/ Não desejada
E3	40	Ensino fundamental incompleto	Espontâneo	Gesta:02 Para:01 Aborto:01	Sim/Usava ciclo 21 e parou pois desejava engravidar	União estável	Doméstica	Planejada e Desejada
E4	41	Analfabeta	Espontâneo	Gesta: 15 Para: 11 Aborto: 04	Sim/Não utilizava	União estável	Trabalhadora rural	Planejada e Desejada
E5	21	Ensino fundamental incompleto	Espontâneo	Gesta:05 Para:04 Aborto:01	Não/Não utilizava	União estável	Do lar	Planejada e Desejada
E6	34	Ensino fundamental incompleto	Espontâneo	Gesta: 03 Para:02 Aborto:01	Sim/ Pílula anticoncepcional	União estável	Cozinheira	Não planejada e Desejada

Fonte: Autor, 2015

As mulheres tinham idades entre 19 e 41 anos. Todas viviam em união estável com seus companheiros. Quanto à ocupação uma era doméstica, uma era trabalhadora rural e as demais, Do lar.

No que diz respeito à escolaridade tem-se que 3 das entrevistadas tem ensino médio completo. Dentre as 3 restantes, há 2 com ensino fundamental incompleto e uma analfabeta. Apesar das diferenças evidentes nos níveis de escolaridade das entrevistadas, é possível

verificar, diante das entrevistas das mulheres com menor grau de instrução, um maior desconhecimento acerca de sua vida reprodutiva e da situação vivenciada. As mesmas sabiam que haviam perdido seus filhos, no entanto, não haviam feito pré-natal, uma delas desconhecia o que poderia tê-la levado àquela situação e encontrava-se angustiada e culpada diante da perda.

Neste estudo, apesar de metade das entrevistadas referirem não ter planejado a gravidez, todas relataram o desejo de levá-la adiante e, portanto, não haver contribuído conscientemente para o abortamento. Assim sendo, infere-se a partir do informado pelas mulheres que todas vivenciaram o abortamento espontâneo, uma vez que: “Em geral, o abortamento provocado só pode ser diagnosticado pela informação da própria paciente, de familiares ou daquele que o realizou” (BENUTE et al, 2009).

Nenhuma das entrevistadas era primigesta, no entanto, 3 delas estavam vivenciando o abortamento pela primeira vez. Cabe ainda ressaltar que a entrevistada 1 encontrava-se com diagnóstico de abortamento habitual, sendo a terceira situação de abortamento, a relatada neste estudo.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos, 03 revelaram não utilizar nenhum método e duas disseram usar preservativo, uma delas revelando ainda tomar pílula do dia seguinte. No que se refere ao planejamento familiar:

Inegavelmente as questões que concernem ao planejamento reprodutivo mostram-se como importantes desafios a serem enfrentados, sobremaneira porque ainda há uma distância considerável a percorrer entre o que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é de fato vivenciado pelas mulheres brasileiras em idade reprodutiva” (BORGES et al, 2011).

4.2 Contextualização Situacional

O quadro a seguir apresenta a síntese da história das mulheres, sujeitos deste estudo, a fim de tornar possível um melhor entendimento do contexto de suas vivências de abortamento.

Quadro III – Codinome e Síntese da caracterização das entrevistadas, a situação do abortamento, o desejo do parceiro e o atendimento na maternidade.

CODINOME	SÍNTESE
E1	26 anos, ensino médio completo, dor lar, sem filhos, em união estável. Vivenciou o abortamento pela terceira vez consecutiva em menos de 2 anos, configurando um quadro de abortamento habitual. Encontrava-se com 19 semanas de gestação. Desconhece a causa do abortamento, referindo não ter adoecido ou vivenciado qualquer situação que pudesse contribuir para a

	perda do conceito. Relata fazer planejamento reprodutivo, no entanto, refere falha no método contraceptivo (preservativo masculino e pílula do dia seguinte). Gravidez não planejada, mas desejada pela mulher e seu parceiro.
E2	19 anos, ensino médio incompleto, do lar, uma filha, em união estável. Cardiopata, portadora de válvula cardíaca, em uso de medicamentos contraindicados na gestação. Vivenciou o abortamento pela primeira vez. Encontrava-se com 07 semanas de gestação. Relata fazer planejamento reprodutivo, no entanto refere falha no uso de método contraceptivo (preservativo masculino), atribui a morte do conceito ao uso de medicamento. Refere que o parceiro a princípio sugeriu que a mesma provocasse o abortamento através de chás temendo que a mesma não sobrevivesse à gravidez, já que havia se submetido à cirurgia cardíaca há apenas 04 meses, a mesma afirma não tê-lo feito por não poder tomar chás por conta da cardiopatia. Em contrapartida refere que ao passar do tempo, a gravidez, apesar de não planejada, tornou-se desejada.
E3	40 anos, ensino fundamental incompleto, doméstica, em união estável, 1 filho. Vivenciou o abortamento pela primeira vez. Relata fazer planejamento reprodutivo e que a gravidez foi planejada e desejada por ela e pelo parceiro.
E4	41 anos, analfabeta, trabalhadora rural, hipertensa 15 gestações, 11 partos, 08 filhos vivos. Vivenciou o abortamento pela 4ª vez. Relata que fazia planejamento reprodutivo na unidade de saúde de Joaquim Gomes e que planejou esta gravidez. Não sabia que estava grávida e descobriu ao fazer uma ultrassonografia, onde foi constatada a morte fetal. Desconhece o que possa ter causado o abortamento. Relata que tem apenas uma menina, filha deste companheiro e sonhavam, ela e ele, em ter um menino para constituir um caszinho.
E5	21 anos, ensino fundamental incompleto, do lar, em união estável, 05 gestações, 04 partos. Vivenciou o aborto pela primeira vez. Relata não fazer planejamento reprodutivo e não usar qualquer método contraceptivo. Desconhece o que pode tê-la levado ao abortamento. Gravidez não planejada, mas desejada por ela e pelo parceiro.
E6	34 anos, ensino fundamental incompleto, cozinheira, em um relacionamento de 04 anos que não é aceito por sua mãe. 04 gestações, 03 partos, 02 filhos vivos. Vivenciou o abortamento pela primeira vez. Encontrava-se com 07 semanas de gestação. Referiu não fazer planejamento reprodutivo por nunca conseguir atendimento na US próxima à sua residência, esta sempre superlotada. No entanto, referiu tomar pílula anticoncepcional por conta própria e atribui o abortamento a falha da pílula por interação medicamentosa. Gravidez não planejada, mas desejada por ela e pelo parceiro.

Fonte: Autor, 2015.

4.3 Discussão dos Resultados

Após transcrição das entrevistas, realizou-se leitura e análise dos relatos e, ao passo que eram analisadas, convergências eram percebidas e começaram a ser agrupadas. Os dados brutos foram transformados e codificados nas categorias que seguem, todas emergidas dos

resultados e submetidas à análise de conteúdo, sendo estas: Primeiros sinais de abortamento; Sentimentos frente à perda; Necessidades negligenciadas.

4.3.1 Primeiros sinais de abortamento

Esta categoria aborda o momento em que a mulher percebe os primeiros sinais clínicos de que se encontra em situação de abortamento. Cinco dentre as seis entrevistadas referiram sentir dores abdominais e sangramento.

[...] no sábado à noite eu comecei a sentir dor nas costas e no pé da barriga.... [...] aí quando foi no domingo eu comecei a sangrar, aí eu fui pra Nossa Senhora da Guia, aí a médica me examinou, ouviu o coração, aí disse que tava começo de parto prematuro, praticamente um aborto né? [...] aí quando eu cheguei aqui (HUPAA), quando a médica me examinou, ela disse que já tava todo dilatado e só era esperar a natureza expulsar, só.... (E1)

E1 encerra esta fala em tom de tristeza, demonstrando sentir-se frustrada. Ao relatar a fala da médica que a examinou, demonstra que a profissional pareceu tratar seu abortamento de modo “simplista”, quando afirmava que era “só esperar a natureza expulsar, só.”

É preciso considerar que junto aos primeiros sinais daquela perda, E1 carregava a dor de um terceiro fracasso e reafirmava em si o sentimento de incapacidade de gestar. Não se trata de “apenas” esperar a natureza expulsar o feto, trata-se de vivenciar, a cada sintoma, a perda de seu filho, de uma idealização, da esperança de realizar o desejo de ser mãe.

E4 reporta os primeiros sinais da perda como algo súbito e inerente à sua vontade e que evoluiu muito rapidamente. Como que buscasse, com a brevidade do acontecimento, consolar-se, acreditando que foi algo que não pôde evitar, algo que parecia já estar determinado.

Foi umas cólica de repente. [...] umas cólica chatinha, aí foi aumentando... quando cheguei aqui já tava toda melada. [...] Foi. Foi rápido... Eu acho que é porque não tinha que ser mesmo meu... (E4)

Além disso, diante dos primeiros da perda e, atrelado a estes, o medo de não conseguir salvar seus filhos, as mulheres enfrentam verdadeira “peregrinação”, entre idas e vindas a diferentes instituições hospitalares em busca de ajuda

Começou aquele sangue marronzinho, aí eu fui pra Santo Antonio, aí a mulher disse que talvez tivesse sido normal por causa do susto. Aí depois começou a vir mais, aí eu vim pra cá (HUPAA). [...] e com dor.... aí eu fui pra lá pra maternidade, aí ela disse que poderia não ser aborto porque o colo do útero tava fechado, aí eu vim pra cá com mais dor ainda, aí fez a ultrassom, aí descobriu que o neném estava morto. (E2)

É importante evidenciar que, quando grávida, a mulher constrói, de si, uma imagem corporal e social, onde se encontra nesta condição. Assim, a mulher em situação de abortamento vivencia, não “apenas” a perda de um filho, mas a desconstrução de uma imagem constituída. Portanto, aquela figura de mulher gestante e futura mãe projetada por esta, terá que ser desconstruída.

Segundo Rezende (2011, p. 355) o quadro clínico do abortamento consiste fundamentalmente em hemorragia, traduzindo anomalia decidual e/ou descolamento do ovo e dor, que sinaliza a contração uterina.

[...] não tava sentindo sangramento, nem dor, nada, nada, nada.... aí depois que eu vim do exame, da USG, começou a me dar enjoô. Aí quando foi.... quando eu peguei o resultado do exame e mostrei a médica de Joaquim Gomes aí ela disse que o bebê tava morto na minha barriga [...] (E3)

Muitas vezes, a mulher, negando a possibilidade da perda do concepto não procura o serviço de saúde em tempo hábil, talvez por ignorar estar colocando sua gravidez em risco, ou, de fato, pelo medo de certificar-se da perda, tal como é evidenciado nas falas de E5 e E6, a seguir:

[...] quando começou o sangramento eu tinha uma leve certeza: ou era hemorragia ou era aborto.[...]eu disse: -Doutora Eu não tenho noção de ser hemorragia porque a senhora já deu duas injeção pra parar o sangramento e nada, se fosse hemorragia já tinha parado doutora. e tá saindo muito sangue talhado e tô com contração. Então... eu só vim ter contração no domingo, então...não tem possibilidade mais... a contração já era pra o saco que já tava vazio, como eu não tenho passagem ele não iria sair, ou eu tinha que fazer a “coletagem” ou eu tinha que fazer uma cesariana, porque ele não ia sair, aí foi que eu disse: pode ser uma gravidez.... (E6)

Isso foi na sexta-feira... eu tava com cólica, aí foi só uma cólica, passou e não veio mais. Aí quando foi no domingo de manhã, aí começou perdendo líquido, parou.... não veio mais. Aí depois veio de novo, aí quando foi no domingo à noite eu fui pro hospital que tem lá, aí o médico mandou eu vim pra maternidade, aí eu num vim...deixei pra lá... porque parou de sangrar aí eu num vim... aí quando foi na segunda o

sangramento piorou, aí eu vim. Cheguei aqui ia dar 07 horas, aí foi feita a ficha e eu fiquei esperando, aí quando foi 8 horas, aí o sangramento ficou pior aí eu fui atendida e fiquei internada. (E5)

Streffling et al, 2013 menciona que as mulheres em situação de abortamento muitas vezes protelam a procura do serviço de saúde por dificuldades em reconhecer possíveis complicações. O autor menciona ainda sentimentos de medo, vergonha e dificuldades no acesso que também contribuem para que a mulher resista em buscar ajuda.

A categoria evidencia o sangramento e a dor como os sinais clássicos de alerta para a possibilidade da perda fetal, as entrevistadas revelam que, junto a estes sinais, trazem consigo o medo da perda, a angústia em conseguir, entre idas e vindas, atendimento resolutivo nas instituições de saúde, ou mesmo a postergação em buscar ajuda pela negação da possibilidade da perda.

4.3.2 Sentimentos frente à perda

Os aspectos emocionais desencadeados pelo abortamento são inúmeros. Os motivos que os desencadeiam são sempre muito particulares, mas todos levam a um mesmo fim – final de um sonho, de uma gestação, de uma etapa, de uma angústia. Trata-se aqui de se lidar com a dualidade, com os opostos: início e fim, vida e morte (BENUTE et al, 2009).

Foram identificadas nesta categoria as repercussões emocionais frente à situação de abortamento. Incluem nesta categoria sentimentos de: ansiedade, frustração, desesperança, ambivalência, culpa e dor pela frustração do parceiro.

Segundo Ximenes Neto, et al (2011) “o processo de gestar é natural e deve ser visto além de sua esfera biológica, trazendo consigo mudanças comportamentais e psicológicas, que envolvem sentimentos femininos com relação à criança, seu futuro e às relações familiares.”

Emergiram, nos relatos, sentimentos positivos, negativos e de ambivalência. As subcategorias desvelam os sentimentos mais prevalentes entre os relatos das entrevistadas.

Mariutti e Furegato (2010) discorrem acerca dos efeitos psíquicos conseqüentes ao abortamento e trazem como mais prevalentes sentimentos de culpa, impulsos suicidas, pesar, abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero, desamparo, frustração do instinto maternal e mágoa.

É fato que cada pessoa é única e traz um contexto biopsicossocial que influenciará direta ou indiretamente o modo como enfrentará o luto pela perda, mas são inegáveis e notórios os sentimentos negativos, em sua maioria, enfrentados pelas mulheres, participantes desta pesquisa.

A literatura traz ainda a experiência do “luto incluso” em mulheres que vivenciam o abortamento, muito comum, inclusive, em situações em que foi provocado. Mulheres que vivenciam o luto incluso, negam a dor da perda. Refere ainda que “a dificuldade de lidar com a perda, por vezes é tão intensa que, em muitos momentos, a dor e a tristeza são negadas e o luto acaba não podendo ser elaborado” (MARIUTTI; FUGERATO, 2010; NONNENMACHER, 2013).

No entanto, sabe-se que viver, sentir e elaborar o processo de luto é condição necessária para superação da dor psíquica, evitando um possível adoecimento mental conseqüente ao trauma do pós abortamento (MARIUTTI e FUGERATO, 2010; NONNENMACHER, 2013).

4.3.2.1 Fracasso dos sonhos

“Quando a gestação conscientemente desejada é perdida, também ocorre uma alteração na identidade, levando à sensação de fracasso pessoal” (BENUTE et al, 2009).

O momento em que ocorre a certeza da perda é pautado por um sentimento de fracasso dos sonhos, carregados de ansiedade, frustração e desesperança.

[...] quando eu peguei o resultado do exame e mostrei a médica de Joaquim Gomes aí ela disse que o bebê tava morto na minha barriga. (E3)

E3 relata o momento em que soube que o bebê estava morto em seu ventre com muita tristeza. E3 mantinha um olhar cabisbaixo e uma voz em tom sempre muito baixo durante toda a entrevista, como se lhe faltassem forças para falar sobre o que havia acontecido. Quando afirma, em tom de desesperança, a certeza da perda, tem sua voz embargada e o olhar completamente desviado da minha direção. (Diário de campo.)

[...] quando eu falei com a Dra que fez a ultrassom, aí sim veio o enfermeiro e colocou já o soro. Era isso que eu tava esperando... porque eu sabia que não tinha mais jeito. (E1)

[...] E agora [...] as duas ultimas, assim no período de 19 meses, de 19 semanas, no caso, o mesmo período que eu tava na outra. Na outra

eu já tinha comprado algumas coisas, aí eu vendi. Agora eu disse: - não, dessa não. (E1)

As falas de E1 remetem ao sentimento de desesperança e fracasso. Em seu relato demonstra que, de certo modo, sabia da possibilidade de que mais uma vez não “conseguisse” concretizar a maternidade. Já não fez enxoval, não havia comprado nada para o bebê, temendo sofrer mais uma frustração.

E1 não concretiza o desejo de ser mãe, encontrando-se em situação de abortamento pela terceira vez em curto período, trazendo-lhe sentimento de frustração, incapacidade e desesperança.

Aquino (2012) discorre acerca do estigma de falha e ‘incapacidade de gerar’ associado à morte do conceito, trazendo ainda “o caráter ‘destrutivo e marginal’ enraizado no abortamento espontâneo e refletido nas mulheres que o vivenciam.

As falas de E3 e E4 trazem sentimentos de frustração pela desconstrução de um sonho.

Eu queria muito essa criança, porque desse marido que eu tô agora eu só tenho uma menininha, aí ele queria um menino pra fazer um casalsinho. (E3)

Já tinha madrinha. Já tinha nome... (E4)

[...] eu tenho dois filhos, não tenho filha mulher. E... seria uma preparação pra talvez uma filha mulher. (E6).

4.3.2.2 Resignação diante da perda

É possível, ainda, verificar nas falas sentimentos de ambivalência, onde a tristeza e o alívio se confundem num emaranhado de sentimentos e a mulher busca resignação no enfrentamento da perda.

[...] Eu fiquei um pouquinho triste na hora quando eu soube que morreu, mas agora, de qualquer forma eu to aliviada porque eu tenho problema de coração, não podia ter mesmo. (E2)

A gravidez e o abortamento são momentos singulares na vida da mulher. Suas repercussões são multidimensionais e associam-se ao contexto trazido por cada uma (BENUTE et al, 2009). Assim, características como personalidade, contexto sócio-econômico e cultural, além das relações vivenciadas entre a mulher, a família e com o pai da criança possibilitam a esta vivenciar diversos sentimentos, muitas vezes controversos.

Assim, Borsari (2012) evidencia a ambivalência enquanto sentimento “representado pela atuação de tendências opostas, do ponto de vista psicológico e psicossomático, expressando-se pelo desejo de ter ou não ter o bebê.”

Pra mim foi um “baque” mas não foi tão dolorido não ouvir do médico que tava abortando. Porque tem o meu peso, o meu esforço físico, eu não ia agüentar uma gravidez de 09 meses. [...] mas o meu corpo não ia agüentar, entendeu? Eu... pode ser que talvez seria até... chegar na morte nessa gravidez, porque nos outros eu tive eclampsia muito forte. Entendeu? Uma pressão, com 06 meses de gravidez, chegar em 210 por 110... é muita coisa. [...] há males que vem para o bem. Entendeu? (E6)

Tô... bem. [...] Mais ou menos. (“segurando o choro”) (E5)

[...] Eu acho que é porque não tinha que ser mesmo meu... (E4)

Os mecanismos de proteção atuam reduzindo o impacto das situações adversas vivenciadas pelo indivíduo. Mariuti e Furegato (2010) trazem como fatores: “estabelecimento e manutenção da auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras como importantes redutores do efeito do estresse”.

4.3.2.3 Culpa

Outro sentimento evidente trazido no discurso de algumas das entrevistadas é a culpa. Apesar de todas as mulheres referirem abortamento espontâneo, algumas buscam na culpa a responsabilidade pela perda do filho.

Então... assim... o meu erro foi ter esperado muito tempo pra ter certeza do que era... então adquiriu num aborto... porque se eu tivesse assim... no sábado quando começou a dor, eu tivesse procurado o hospital, pode ser gravidez ou é hemorragia... talvez eu teria salvo essa gravidez, mas não foi: –Ah, vou demorar porque vou perder... Não! Foi porque achei que ia melhorar, minha mente foi mais: - Ah, é hemorragia do que gravidez [...] então eu só me culpo dessa parte... de quando eu senti a dor no sábado não ter corrido atrás porque achei que foi um erro, uma burrice, dessa parte eu me culpo. Talvez eu teria salvo a gravidez, não foi desejada, mas talvez a última gravidez, entendeu? (E6)

E6 evidencia sentimento de culpa em vários momentos de seu discurso. Responsabiliza-se por não haver buscado o serviço de saúde assim que surgiram os primeiros sintomas do abortamento. Justifica que não acreditava ser gravidez, refere isso em outros

momentos do discurso, como que estivesse justificando para si mesma, a fim de atenuar a culpa, que parece, a todo tempo, permear suas emoções.

Benute et al, (2009) relata que “a culpa manifesta-se com especial agudeza quando nos sentimos inaceitáveis perante nós mesmos, emaranhados em conflitos de dever que nos dividem”.

[...] depois que eu tomei o remédio, por causa que pra fazer USG num tem que tomar aquele remédio.... luftal... aí eu senti aquele... eu senti aquele negócio estremecendo na minha barriga, aí eu disse: vixe meu Deus será que eu to grávida, antes de eu ir fazer o exame... aí eu... será que tô grávida. Aí eu tomei esse remédio, que eu botei na minha cabeça... Eu acho que foi por causa desse remédio que esse menino ficou assim... (E4)

E4 evidencia sentimento de culpa, como que buscasse uma justificativa para a perda. A entrevistada já havia passado por 15 gestações, dentre as quais 4 resultaram em abortamento. No entanto, E4 não compreendia o que poderia ter contribuído para a perda fetal. Sabe-se que, de fato, muitas vezes, não é possível determinar a causa do abortamento espontâneo. Isso causa em muitas mulheres inquietações e uma sensação de fracasso pessoal, e, por vezes, desencadeiam o mecanismo de culpabilização como que para justificar e punir-se pelo ocorrido.

A mulher que tem a gravidez interrompida espontaneamente busca justificativas para a perda e, muitas vezes, se responsabiliza pelo ocorrido. Assim, o luto implica processos adaptativos no âmbito individual, familiar, conjugal e social, podendo ser marcado por culpa e revolta (NONNENMACHER, 2013).

4.3.2.4 A dor pela frustração do parceiro

Esta categoria trata dos sentimentos da mulher frente às reações do parceiro diante da perda. Quando questionadas em relação às reações do parceiro frente à notícia do abortamento, todas as entrevistadas expressaram sentimentos de tristeza de seu companheiro. Seus discursos eram carregados, de modo verbal e não-verbal, de profundo pesar e frustração, como que sentissem, além da dor pelo luto, um sentimento de incapacidade em satisfazer o desejo dos parceiros de serem pais.

Assim sendo, as entrevistadas demonstraram sentimentos negativos (tristeza, culpa, incapacidade) ao expressar a tristeza de seus parceiros frente à notícia do abortamento.

[...] No início ele ficou preocupado, por causa dos procedimentos que já teve, anterior, mas depois tava tão ansioso... querendo saber o que era... ligava de manhã, de tarde e de noite... a gente já tinha até marcado pra saber o eu era nessa quinta-feira, a Ultrassom, mas infelizmente aconteceu isso. (E1)

Assim como E1, seu companheiro também vivencia a perda fetal ela terceira vez. Ao que E1 relata, infere-se que o mesmo vivencia sentimentos ambivalentes diante da realidade de mais uma gravidez. Ao passo que preocupava-se e temia os riscos de sentir novamente a tristeza e a frustração da perda, demonstrava alegria, expectativas e a esperança de finalmente concretizar a paternidade, segundo seu desejo.

O parceiro de E2 também vivencia a dualidade de sentimentos opostos frente à gravidez de sua companheira. A princípio chega a sugerir que a mesma provoque o abortamento, em virtude do risco de vida que acredita que a gravidez a esteja proporcionando, já que E2 é cardiopata; Em contrapartida, sonha e deseja o filho, um menino, e sofre quando recebe a notícia da perda.

Gostou mas ficou com medo. Foi... ele até disse: -toma chá, mas eu não posso., porque eu não posso tomar nada verde. Ai eu não tomei... (E2)

Ficou triste. Ele queria um menino homem. Ele ficou triste mas ele entendeu que eu não podia mesmo. Eu não tomei nenhum remédio. Não tomei nada. (E2)

Apesar de se colocar muito pouco durante a entrevista, a E5 tinha expressão de muito sofrimento. Por mais que a estimulasse a falar, lhe fizesse perguntas, para que ela pudesse dizer o que sentia, colocar suas angústias, ela limitava-se a responder em poucas palavras, sempre com o olhar cabisbaixo, e em muitos momentos com a voz embargada. (Diário de campo)

Ai ele também ficou muito triste, ficou chorando. Ai eu disse a ele que ele tinha que se acalmar que não foi por causa de mim. (E4)

Ficou triste, muito triste. (O parceiro) (E4)

Ficou triste... (expressão de muita tristeza) (E5)

Ele queria, ele tem 54 anos, é uma pessoa madura, ele tem um Problema na vista, é aposentado. [...] ele liga pra me diz: - É, era um filho. Eu digo: - Não, você já num tem os seus? Eu tenho os meus. Ai ele diz: - Mas esse seria nosso. Ai eu digo: - pronto, ta com Deus. (E6)

E6 inicia esta fala me olhando nos olhos, com firmeza na voz. Ao passo que relata seu diálogo com o parceiro, como quem tenta mostrar-se forte a fim de consolá-lo em sua dor, demonstra tristeza e embarga a voz. E6 conclui cabisbaixa demonstrando grande pesar ao afirmar que, agora, aquela criança que não nasceu está com Deus.

A categoria revela o emaranhado de sentimentos vivenciados pela mulher ao perder seus filhos. Apesar de verificar em algumas falas sentimentos de resignação, como mecanismo de auto-proteção, a maioria delas vivencia sentimentos negativos, sofrendo ansiedades, tristezas, culpas, sentimentos de fracasso e ainda, culpabilizando-se por não concretizar seus desejos de serem mães e de seus parceiros de serem pais.

4.3.3 Necessidades Negligenciadas

Esta categoria trata das diversas necessidades que a mulher, durante a internação hospitalar por abortamento, vivencia e que, muitas das vezes, são negligenciadas pelo profissional de saúde que presta o cuidado.

Quando questionada acerca da assistência recebida pelos profissionais na maternidade, E1 demonstra ter se sentido abandonada pela equipe. Refere momentos de angústias e incertezas acerca de seu estado de saúde e da vida de seu filho, enfrentados sem o necessário suporte da equipe de saúde.

[...] eu fiquei preocupada porque a médica disse que era pra eu esperar, entendeu? ela nem fez é... nem botou o aparelhinho pra ver se o coração tava batendo ou não.... [...] aí eu falei assim: -meu Deus do céu, e se tiver morto, eu vou ficar com ele morto dentro de mim até... [...]Aí o outro médico que tava me atendendo, eu sempre perguntando pra ele se ele podia passar o aparelhosinho, só que eu acho que ele era muito esquecido... [...] O primeiro médico disse que tinha passado um remédio na veia pra mim, isso de manhã.... deu à tarde, eu perguntando, nada... (E1)

Esta entrevista foi realizada no setor de pré-parto, à noite, por volta das 20 horas, a mulher entrevistada queixava-se de dor. Ainda encontrava-se em processo de abortamento. Quando cheguei para entrevistá-la, seu marido não estava, encontrava-se “sozinha” em uma enfermaria com mais 5 mulheres que em algum tempo iriam parir seus filhos. Apresentava expressão de dor e desânimo. Seu discurso foi permeado por demonstrações de sensação de abandono pela equipe de saúde, com ênfase na figura do médico, que segundo ela, não

verificava se o bebê estava vivo, além de não prescrever analgesia para aliviar sua dor física. (Diário de campo)

A PNH (2014) traz em seu texto a questão da violência obstétrica e, dentre as questões abordadas traz a situação de mulheres que estão em processo de abortamento serem colocadas ao lado de mulheres que estão prestes a parir seus filhos, como meio de “punição” àquele que está abortando quando deveria estar apto a parir.

Muitas mulheres quando buscam o serviço de saúde por ameaça de abortamento ou mesmo por complicações advindas deste, podem estar sob risco de morte ou de complicações mais sérias. Desse modo, é imperioso que a mulher nesta condição seja atendida tão logo seja possível e tenha suas necessidades supridas

O relato de E1 traz à tona uma situação corriqueira nas instituições de saúde, onde, por diversas razões, serviços de saúde superlotados, desorganização e até por preconceitos, há morosidade no atendimento a mulheres em situação de abortamento, o que pode acarretar danos irreparáveis. A morosidade na espera por atendimento é vista também nas falas de outras participantes do estudo.

ai quando foi na segunda o sangramento piorou, ai eu vim. Cheguei aqui ia dar 07 horas, ai foi feita a ficha e eu fiquei esperando, ai quando foi 8 horas ai o sangramento ficou pior ai eu fui atendida e fiquei internada. (E5)

[...] Quando eu cheguei só tinha uma pessoa, eu cheguei aqui era quase sete horas da noite, era sete e pouco, sete e meia, por ai... ai só tinha uma pessoa, até ai.... [...] Ai deu oito, deu nove, foi chegando gente, foi chegando gente, sei que quando deu umas dez e pouco, foi que... é... foram atender, começou a atender.(E1)

Vale mencionar que E1 vivenciava o terceiro abortamento consecutivo e aquela espera por atendimento, possivelmente, trazia consigo mais do que o retardo de alívio de cólicas ou sangramento, mas carregava o medo da certeza de mais uma perda, o medo de mais um filho que poderia estar morto, o medo de não ser atendida a tempo de salvar a vida de seu filho. E1 necessitava de rápido atendimento não só pelos sintomas físicos que trazia, mas também pelas demandas emocionais que certamente existiam.

Ao discorrer sobre orientações recebidas por enfermeiros e médicos, acerca do que havia acontecido, E1 relata muitas inquietações acerca do porquê não concretiza a maternidade. A paciente possui diagnóstico de abortamento habitual e mostrava-se angustiada por não receber um suporte resolutivo, por parte da equipe de saúde, que a norteasse em busca de um tratamento que lhe permitisse concretizar a maternidade.

Por que foi assim... eu comecei a fazer os exames, quando falaram o que podia ser, falaram que podia ser não sei o que...fiz exame e não deu...é...não deu inflamação, não deu nada, entendeu? Assim, que a pessoa tava supondo que eu teria perdido porque tava com uma inflamação, candidíase aguda, eu fiz, não deu nada. Aí a pessoa fica assim sem saber o porquê. (E1)

De acordo com a NTAHA (2011), mulheres que já vivenciaram o abortamento têm maior risco de viver esta experiência novamente. O documento do MS reforça ainda a importância de orientar estas mulheres, em situação de abortamento habitual a proteger-se de uma nova gravidez e encaminhá-las a um serviço especializado.

A supracitada norma técnica traz ainda sobre a necessidade de que a mulher receba orientações sobre planejamento familiar, logo após o abortamento, ainda internadas. No entanto, nenhuma das entrevistadas recebeu orientações nesse sentido, tampouco a oferta de métodos contraceptivos para escolha. Não é rotina e não há qualquer protocolo no hospital escola onde ocorreu a pesquisa, que vise a dar tais orientações às mulheres na condição de pós abortamento.

Os relatos de E3 demonstram evidente sentimento de abandono e solidão, a mesma refere não ter satisfeitas sequer suas necessidades básicas, tampouco um suporte emocional frente à dor da perda, permeada por fome, abandono e medo.

Aí desde sexta-feira que eu cheguei aqui. Passei sexta feira o dia todinho sem comer, esperando uma notícia, aí quando vieram me dar comida foi ontem de manhã (sábado) porque eu já tava tremendo de necessidade. E nem fizeram nada, até hoje não fizeram a curetagem ainda [...]. Aí eu vim pra cá, aí mandaram um acompanhante comigo, aí mandaram o acompanhante ir simhora, aí deixaram eu aqui. Aí eu fiquei aqui, aí passei o dia todinho aqui, como eu já disse, ia fazer a curetagem, aí quando foi ontem de manhã foi que eu comi, eu tava chorando aí ela(referindo-se à enfermeira): Dona Tereza ta com fome né? Aí eu disse: tô. Aí quando ela veio me dar o remédio eu tava tremendo. Aí ela pegou e me deu comida. (E3)

E3 revela ter estado cerca de 24 horas sem receber qualquer dieta, a mesma estava sozinha, com dor, sangramento, com fome e à espera de um procedimento que não acontecia.

O olhar sensível, a escuta qualificada e a empatia são componentes que devem permear toda relação de cuidado. No entanto, é preciso enfatizar a importância destes componentes no processo de acolhimento à mulher que vivencia a perda de um filho. Bazotti et al (2009) traz que diante do abortamento inesperado muitas sentem-se desanimadas, frustradas, tristes, fragilizadas, culpadas, podendo evoluir para a depressão.

No entanto, muitas mulheres não são escutadas, tampouco orientadas ou satisfeitas em suas necessidades. São vistas apenas em seus sintomas físicos, mas não em seu contexto psicossocial. Estas mulheres precisam ser esclarecidas sobre o que aconteceu, ainda que não haja razão definida sobre o que levou ao abortamento, situação muito comum em casos de abortamento espontâneo. Devem ainda, ser orientadas sobre os meios para cuidar de sua vida reprodutiva dali para frente.

Quando indagada sobre conversas e orientações entre ela e os profissionais que prestavam o cuidado, E5 demonstra descaso em relação a sua situação e a seus direitos.

Explicaram não!!! Até agora!!! E eu queria saber né.... porque foi muito estranho o que aconteceu, eu não tomei remédio pra abortar, eu queria que alguém que me atendeu me explicasse, se foi por causa da idade... mas até agora nada. Acho que eu vou embora e vou ficar sem saber (E4)

O cuidado à mulher em situação de abortamento deve ser norteado pela perspectiva da integralidade, assim, esta deverá ser atendida em suas necessidades imediatas (sinais e sintomas clínicos), mas também ser escutada e acolhida. E ainda deverão ser fornecidas orientações acerca de seu quadro clínico e sobre o planejamento familiar (NTAHA, 2011; STREFFLING et al, 2013).

As falas de E6 e E1 quando questionadas sobre a assistência recebida pela enfermeira/enfermagem, ratificam o que já vem sendo evidenciado em outras falas, onde o papel da equipe da enfermagem restringe-se a execução de técnicas a fim de sanar sinais e sintomas clínicos, medicar, cumprir prescrição médica, quando, em verdade, deveriam olhar a mulher para além dessas queixas e atendê-las numa perspectiva multidimensional.

Tudo direitinho, me acordam pra dar remédio e tudo. (sobre a enfermagem). (E6)

A enfermagem, de certo modo depende do médico né? Porque só dá o remédio se o médico passar...(E1)

Assim sendo, diante dos relatos das participantes verifica-se que muito pode e deve ser feito pelo enfermeiro na assistência à mulher em situação de abortamento. Desse modo, a oferta do contraceptivo com as respectivas orientações no momento da alta hospitalar; a prestação de um cuidado desprovido de preceitos morais e religiosos; a garantia do acompanhamento do parceiro durante a internação; a escuta sensível; orientações e

esclarecimentos, além de analgesia e suprimento de necessidades básicas como higiene, conforto e alimentação são cuidados de enfermagem imprescindíveis à mulher nesta condição.

É necessário portanto, que seja implementada a Política Nacional de Humanização, a fim de impedir danos vivenciados por mulheres em condição de abortamento, no sentido de impedir práticas desrespeitosas e preconceituosas a estas mulheres (PNH, 2014).

É importante, ainda, discorrer, acerca dos atravessamentos enfrentados pelos profissionais de saúde que cuidam dessas mulheres. Afinal, são pessoas, e como tal trazem consigo valores éticos, morais e religiosos, que por diversos momentos ao se depararem com mulheres em situação de abortamento, vivenciam intensos conflitos internos. Estes profissionais por vezes tendem a produzir práticas institucionais violentas, como o não acolhimento ou acolhimento “enviesado”. (PNH, 2014)

No entanto, não cabe ao profissional que cuida julgar estas mulheres, sendo seu dever zelar pelo bem-estar destas. A maneira de interagir no cuidado é construída a partir de um complexo de valorização da sensibilidade e da reciprocidade, por relacionar-se com a vida e o modo de intensificar o tratamento das pessoas, a fim de que possam se sentir vivendo. (BAZOTTI et al, 2014).

Assim, sabe-se que os profissionais ao prestar assistência a mulheres em processo de abortamento por muitas vezes precisam enfrentar seus próprios valores a fim de prestar uma assistência qualificada, pautada no respeito, na responsabilidade e na confiança entre estes e a mulher. (BAZOTTI et al, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa nos permitiu compreender as vivências das mulheres que experienciaram a dor do abortamento. Pudemos, a partir deste estudo, direcionar um olhar sensível às entrevistadas e escutar o que sentiam e como se sentiam em relação à perda, porque não dizer, de seus filhos, evidenciando a complexidade que a situação de abortamento carrega consigo.

Uma situação importante para as participantes diz respeito ao momento em que começaram a perceber os primeiros sinais e sintomas da perda do conceito, eles são reconhecidos com sangramento vaginal e cólicas abdominais.

A vivência do abortamento fez emergir nas entrevistadas diversos sentimentos como ansiedade, frustração, desesperança, tristeza pelo acontecido e ambivalência. Outro sentimento muito presente nos relatos foi a culpa. Ainda que todas tenham referido abortamento espontâneo, e, portanto, não haver contribuído para a perda, algumas referiram culpa, responsabilizando-se pelo ocorrido.

Além disso, as mulheres precisaram lidar com a ansiedade, os sentimentos de tristeza e frustração de seus parceiros. Prestavam-lhes apoio, ainda que tivessem que, concomitantemente, lidar com as próprias frustrações por não satisfazê-los em suas expectativas.

Além disso, ao vivenciarem a perda, as mulheres atendidas na maternidade têm suas necessidades de saúde negligenciadas. Além da solidão, demonstraram que suas necessidades ao buscar o serviço de saúde transcendiam aspectos físicos, biológicos e evidenciaram a necessidade de apoio, escuta e orientações, os quais seriam possibilitados por meio de um olhar sensível a estas.

Assim, Inquietou-nos verificar que muitas dessas mulheres enfrentaram sozinhas esse momento complexo e desencadeador de confusos sentimentos, sem a presença da família ou de seus companheiros.

Outro incômodo que sentimos refere-se à história de uma das entrevistadas, que relata, além da dor e da solidão, não ter recebido alimentação por cerca de 24 horas, à espera, resignada, de um procedimento (curetagem) que não acontecia, somente se alimentando quando, ao apresentar situação de desespero, mas ainda quieta em seu leito, chorava e

apresentava tremores. Esta paciente tinha necessidades não satisfeitas de todas as ordens, desde as necessidades básicas, como saciar a fome, necessidades físicas, já que se encontrava em longa espera para que fosse feita a curetagem e necessidades emocionais, uma vez que se sentia só, por não poder enfrentar aquele momento ao lado de alguém que lhe desse o apoio de que necessitava. Além de ser notório, em seu relato, a sensação de abandono que teve em relação à equipe de saúde, quando relatou que ainda aguardava a curetagem e que haviam lhe deixado sem a dieta por tanto tempo.

Houve evidência de uma comunicação deficiente entre as mulheres entrevistadas e a equipe de saúde. Com exceção de uma das participantes do estudo, as demais demonstravam clara necessidade de informações e orientações, quer sejam informações sobre o que aconteceu, quer sejam orientações sobre planejamento familiar, instruindo-as acerca de como proceder daquele momento em diante para que pudessem concretizar ou evitar a gravidez, segundo seu desejo.

A compreensão, a partir da aproximação com mulheres em situação de abortamento sinaliza para a importância do papel da equipe de saúde no contexto das vivências destas mulheres. Ressaltando-se aqui o papel do enfermeiro no esclarecimento, orientações e apoio em busca do verdadeiro acolhimento a estas.

Assim, a vivência do abortamento e da impossibilidade de ter aquele filho, deve ser vista como única e singular para cada mulher. Esta vivência a perda carregando culpas, tristezas, medos, frustrações, sonhos interrompidos além das demandas de seu parceiro, e, portanto, necessita ser percebida e cuidada em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.T.S.S.B., et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.14, n.3, p.229-39, Jul/ago, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000300229>. Acesso em: 04 jan. 2015.
- ANJOS, K.F. et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Rev Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.37, n.98, p.504-15, jul./set. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014>. Acesso em: 03 nov. 2014.
- AQUINO, E L. Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde. 2012. 193 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública/USP**, São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/pt-br.php>>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 2009.
- BAZOTTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18, n.1, Mar. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a18.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- BENUTE, G.R.G. et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc Med Bras**, USP, São Paulo; v.55, n.3, p.322-7. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000300027&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- BERTOLANI, G.B.M. ; OLIVEIRA, E.M. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.2, p.286-301, 2010. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29647>>. Acesso em: 18 out. 2013.
- BORGES et al. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.45, n.(Esp. 2), p.1679-84, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000800007&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- BORSARI, C M G. Aborto provocado: vivência e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia. 2012. 142 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina/USP**, São Paulo. 2012. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-20062012-164737/pt-br.php>>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Técnica. **Atenção Humanizada ao abortamento**. 2. ed. 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 12 out.2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-DF. Série B. **Textos Básicos em Saúde**. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF. Série C. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização**. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004c.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n.54. Relator: Marco Aurélio Mello. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p.1, 24 abril 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/21532/stf-aborto-de-fetos-anencefalos-adpf-54-e-legislador-positivo>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

CARNEIRO, M.F. et al. “*Largada sozinha, mas tudo bem.*”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Interface**. Comunicação saúde educação. v.17, n.45, p. 405-18, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=678217&indexSearch=ID>>. Acesso em 15 dez. 2014.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivencia o aborto inseguro. **Rev. Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.130-35, Jan-Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100130>. Acesso em: 10 jan. 2015.

CHAVES, J.H.B. et al. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública do nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n1, p.246-56, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar.2014.

CHAVES, J.H.B. et al. O aborto incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**, v.9, n.3, p.189-94, mai-jun, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n3/a1976.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2013.

CORREIA, D.S., et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 26469-2476, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500016>. Acesso em: 07 jun. 2014.

CURI, P.L. (In)fertilidade do corpo e a trama psíquica.2012. 239 f. **Doutorado em psicologia clínica**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/dissertacoes_e_teses/tese_paula_lan_d_cusi_%28in%29fertilidade_do_corpo_e_a_trama_ps%C3%ADquica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015.

DANTAS, L.C.N. et al. Percepção dos homens sobre o processo de abortamento. **Rev Rene**. Fortaleza, v.12, n.2, p.342-50, abr/jun, 2011. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/164>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl.1, p. 959-66, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2013.

DOMINGOS, S.R.F. et al. Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. V.21, n.4, [07 telas]. Jul-ago, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0899.pdf>. Acesso em: 12 mar 2014.

FARIA, E.C.R., et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.33, n.3, p. 20-26. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FORMOZOL, A.G. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; v.20, n.1, p.124-7. jan/mar 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br>. V.20, n.1. Acesso em: 17 jan. 2014.

HEILBORN, M.L. et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**. Dossier v.1, n.12. PP. 224-57. Dezembro, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600010>. Acesso em: 03 jan. 2015.

JORGE, M.S.B. et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v.16, n.7, Julho, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci_arttext> . Acesso em: 17 jan. 2014.

MACHADO, C.J. et al. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. **Rev. Bras. Epidemiol**. V.16, n.1, p.18-29. 2013. Disponível

em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan.2015.

MAIA, M.B. **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte. Autêntica editora, 2008.

MALAGOTTI, W. **Bioética e Enfermagem: Controvérsias, desafios e conquistas**. Rio de Janeiro: Rubi, 2007.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A.R.F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, Apr. 2010 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 fev. 2014.

MARIUTTI, M G. Associações do abortamento com depressão, auto-estima e resiliência. 121 f. **Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto**. 2010. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011-091939/es.php>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

MEDEIROS, M. G.; SILVA, S. M da C. A ética, a moral e o direito: Reflexões sobre a formação jurídica. Orbis: **Revista Científica**, V. 2, n.3 p. 254. Disponível em: <<http://www.pergamum.udesc.br/dados-bu/000000/000000000000C/00000C6E.pdf>>. Acesso: 06 ago. 2013.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre; v.22, n37, p.7-32. 1999.

MOREIRA, M.I.V.A. “As lágrimas por um filho que nunca se conheceu”. Cuidar a mulher em situação de abortamento espontâneo.2008. 207 f. **Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem**. Universidade do Porto, Portugal, 2008. Disponível em: < <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7254>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

NOMURA, R.M.Y. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Rev. Assoc Med Bras**, v.57, n.6, p.644-650, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000600010>. Acesso em: 10 nov. 2013.

NONNENMACHER, D. et al. Abortion: a review of women’s perception in relation to their’s partner’s reactions in two Brazilian cities. **Rev. Assoc Med Bras. USP**, São Paulo; v.60 n.4, p.327-334. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302014000400327&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2014.

NONNENMACHER, D. Abortamento: Depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro em duas capitais brasileiras. 2013. 167 f. **Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina / USP, São Paulo**, 2013. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-27092013-143636/pt-br.php>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

OLIVEIRA e SILVA, A. C. de; NARDI, A.E. Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto.

Laboratório de Pânico e Respiração. Instituto de Psiquiatria, UFRJ. INCT Translational Medicine. 2009. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n3/122.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde.** 2. ed. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em 01 nov. 2013.

PEREIRA, V.N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p. 1056-62, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400022>. Acesso em: 03 dez. 2013.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Rev. Psicologia em estudo**, Maringá, v.16, n.3, p.419-28, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 nov. 2013.

Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: 08 ago. 2013

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental.** 12. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2011.

ROCHA, B.N.G.A.; UCHOA, S.A.C. Avaliação da atenção humanizada no abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.109-27, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100007>. Acesso em: 03 mar. 2014.

RODRIGUES, M.M.L.; HOGA, L.A.K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Rev. Esc Enferm. USP.** São Paulo. v.39, n.3, p.258-67, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2014.

SANTOS, V.C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioética.** v.21, n.3, p.494-508, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a14v37n98.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

STREFLING, I. S. S. et al . Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo a mulher que abortou: percepções da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, Dec. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400698&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2014.

VIEIRA, L.M. et al. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio – um estudo qualitativo. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.15, Supl. 2, p. 3149-3156, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800019>. Acesso em 13 mar.2014.

XIMENES NETO, F.R.G., et al. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. **Rev. Ciencia y enfermeria**, v.7, n.1, p. 95-103, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000100010&script=sci_arttext>.
Acesso em: 07 jun. 2014.



APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

Data da entrevista: __/__/____

Número da Entrevista: _____

Nome da entrevistada: _____

Idade: _____

Escolaridade (anos de estudos completos): _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Paridade: Gesta: ____ Para: ____ Aborto: ____

Utilizava algum tipo de método contraceptivo:

Sem sim. Qual? _____ -

Já recebeu orientações de profissionais de saúde sobre planejamento familiar?

Já tem filhos? () Sim () Não

Se sim, que idade ele(s) tem?

A GRAVIDEZ

Relate como foi a vivência da gravidez.

Como se descobriu grávida?

Como foi recebeu a notícia da gravidez?

Quanto tempo ficou grávida?

Qual o significado desta gravidez pra você?

Houve alguma experiência de adoecimento durante a gravidez?

O HOSPITAL

Relate como está sendo sua vivência neste hospital em relação aos cuidados a sua saúde.

O que a trouxe ao hospital?

Conte-me sobre sua chegada ao hospital.

Como está sendo sua experiência junto aos profissionais de saúde?

E a enfermeira?

Como foram oferecidos os cuidados de enfermagem?

A estrutura do serviço favoreceu o seu atendimento?

Recebeu atendimento imediato? Demorou? O que pensa sobre isto?

Qual a sua visão sobre as condições de funcionamento do hospital no atendimento à mulher em situação de aborto?

O ABORTO

Relate sobre como está sendo a vivência do aborto

O que aconteceu para que este ocorresse?

Como percebeu que estava acontecendo o aborto?

Quais sentimentos lhe ocorreram durante o aborto?

E neste momento?

Já vivenciou outros abortos? Se sim, relate como foi para você vivenciá-los.

E como foi o atendimento no hospital e pelos profissionais de saúde nestes outros momento?

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL (Enfermeira-Paciente)

Descreva como foi estabelecido o relacionamento interpessoal entre você e a enfermeira.

Como foi recebida pela enfermeira?

Você se sentiu acolhida por ela? Como você identifica que foi/está sendo o acolhimento recebido? Você acha que deveria ser diferente? Se sim. Como deveria ser?

Você sentiu que podia confiar nela?

Sentiu que ela, de fato, lhe escutava, e procuraria meios para lhe ajudar em suas necessidades?

Está satisfeita com a relação que desenvolveu junto à enfermeira? Se não, como acha que esta deveria ser?

O que favoreceu seu relacionamento interpessoal com a enfermeira? E o que dificultou?



APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

INSTRUMENTO PARA OBSERVAÇÃO

- 1) Descrição do cenário.
- 2) Postura física da mulher em situação de abortamento (maneira de olhar, falar, andar, agir, linguagem corporal);
- 3) Descrição do que está acontecendo no momento;
- 4) Relação entre paciente e enfermeira;
- 5) Análise reflexiva da escuta pelo observador;
- 6) Sentimentos do observador diante da observação.
- 7) Outras observações.



APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
Av. Lourival Melo Mota, s/n, CEP: 57072-970
Campus A.C. Simões, Tel.: (82) 3214 1153

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,.....,R

G: tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo **“Vivências de mulheres em situação de abortamento: contribuições para o relacionamento interpessoal em enfermagem.”**, recebi de Elaine Cristina de Medeiros Moura pesquisadora responsável, sob a orientação de Maria Cícera dos Santos Albuquerque, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que este projeto é desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Alagoas.
- Que o estudo tem como finalidade discutir a prática do acolhimento vivenciada por enfermeiras e mulheres atendidas nos serviços de saúde.
- Que a coleta de dados será realizada através de entrevistas gravadas em áudio do tipo MP4 ou similar.
- Que os depoimentos serão integralmente transcritos, sem nenhum tipo de interferência do pesquisador e os depoentes serão protegidos por codinomes.
- Que durante todo o desenvolvimento da pesquisa estão garantidos os direitos à privacidade, anonimato e sigilo no que se refere às declarações coletadas.
- Que receberei uma cópia deste termo, com números de telefone e e-mail do pesquisador principal e demais, para que possa a qualquer momento esclarecer dúvidas a respeito do projeto.
- Que minha participação é voluntária, por isso posso me recusar a participar, assim como tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou prejuízo.
- Que os resultados, positivos ou não, serão publicados em revistas científicas.

- Que eu participarei das seguintes etapas: Serei entrevistado(a), sendo minhas respostas e comentários gravados pelos pesquisadores em um aparelho de áudio. E o que foi dito por mim e que foi gravado, será transcrito para o papel, lido junto comigo e eu direi se coincide ou não com o que eu falei. Se estiver tudo certo eu autorizo o uso das minhas informações para esta pesquisa.
- Que não se conhece outro meio de obter os mesmos resultados desse estudo que não seja através do que será dito por mim.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: ao lembrar a experiência que passei poderei me emocionar revendo esses momentos.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: sentir-me cansado(a), risco de me emocionar, chorar ou até ficar irritado(a).
- Que poderei contar com a assistência das pesquisadoras que estarão comigo o tempo todo durante a entrevista.
- Que serei ouvido(a) pacientemente e, caso me emocione, ou me irrite, a entrevista será interrompida, até que eu esteja preparado(a) para continuar, ainda que isto não ocorra no mesmo dia. Meu contato será apenas com as pesquisadoras responsáveis, Prof.^a Dra. Maria Cícera dos Santos Albuquerque e Elaine Cristina de Medeiros Moura.
- Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: o aprimoramento da prática do acolhimento à mulher em situação de abortamento.
- Que participarei da pesquisa da seguinte forma: após aceitar o convite para participar do estudo, as pesquisadoras responsáveis marcarão o dia e local do encontro, devendo esta escolha ser minha, onde eu me sinta confortável e num horário que eu tenha disponibilidade, além disso, a entrevista poderá acontecer em mais de um momento, conforme combinaremos conforme as necessidades que possam surgir. Caso sinta qualquer desconforto, as pesquisadoras providenciarão os meios para que eu volte a me sentir bem.
- Que sempre que eu desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre qualquer etapa da pesquisa.
- Que eu nada pagarei e nada receberei para participar desta pesquisa, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras e às mulheres atendidas em situação de abortamento.
- Que eu serei indenizado por dano comprovadamente ocorrido em virtude da participação da pesquisa, sendo esta indenização em dinheiro ou em forma de tratamento, dependendo da situação.

- O pesquisador responsável compromete-se em suspender ou encerrar esta pesquisa imediatamente, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante do estudo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação na referida pesquisa e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dela participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

Endereço do(a) participante-voluntário(a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência:

Sra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque

Telefone: 82 8812 4544

Sra. Elaine Cristina de Medeiros Moura

Telefone: 82 8843-6806

Endereço da responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL)

Endereço: Av. Lourival Melo Mota

Nº: /Complemento: s/n

Bairro: /CEP/Cidade: Cidade Universitária/ CEP: 57072-900 /Maceió

Telefones p/contato: (82) 3214-1154

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: (82) 3214-1041

Maceió,

<hr/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a)</p> <p>-Rubricar as demais folhas</p>	<hr/> <p>Pesquisadora: Elaine Cristina de Medeiros Moura</p> <p>CPF: 043.521.664-30</p> <p>Contato: 82 8843-6806</p> <hr/> <p>Pesquisadora: Maria Cicera dos Santos de Albuquerque</p> <p>CPF: 293.841.844-20</p> <p>Contato: 82 8812-4544</p>

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL

Autorizo ao (a) pesquisador (a) Blaine Justina de Medeiros Moura a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL, objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título Práticas de mulheres em situação de abortamento: contribuições para o relacionamento interpessoal em enfermagem (projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins de coleta de dados, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 446/12, itens III.1 “a” e IV.1.”g”, a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 16 de abril de 2014.

Blaine Justina de Medeiros Moura

Aluno(a)

Walter Albuquerque

Orientador(a)

Fernando Antonio M. Guimarães
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão/HUPAA/UFAL

Walter Albuquerque
COREN/AL - 33895
Universidade Federal de Alagoas
S/A PE 320996

Direção de Ensino
Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins - 57072-900 - Maceió/Alagoas
Telefone: 82 XX 3322-2605 / 9307-7757 - Fax: 82XX3 322-2494

E-mail: ensinohu@gmail.com - Home Page: www.hu.ufal.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA